

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

# ÉRUPTION VARIOLIFORME DE KAPOSÍ

---

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 26 NOVEMBRE 1954

PAR

**LOUIS PAYRIÈRE**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

---

Examineurs  
de la Thèse

{ MM. P. RIMBAUD, professeur, *Président*.  
JANBON, professeur.  
CHAPTAL, professeur.  
SERRE, pr. ag. }

*Assesseurs.*

---

MONTPELLIER  
IMPRIMERIE PAUL DEHAN

1954



# ÉRUPTION VARIOLIFORME DE KAPOSÍ

## THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 26 NOVEMBRE 1954

PAR

**LOUIS PAYRIÈRE**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs  
de la Thèse**

{ MM. P. RIMBAUD, professeur, *Président*.  
JANBON, professeur.  
CHAPTAL, professeur.  
SERRE, pr. ag. }

*Assesseurs.*

MONTPELLIER  
IMPRIMERIE PAUL DEHAN

1954

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs honoraires

MM. GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELT, RICHE, L. RIMBAUD, BOUDET, EUZIERE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGAROT.

## Professeurs

### Chaires :

|                                                                    |                              |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Anatomie .....                                                     | MM. LAUX.                    |
| Histologie .....                                                   | TURCHINI, <i>assesseur</i> . |
| Physiologie .....                                                  | HÉDON.                       |
| Physiologie appliquée .....                                        | LOUBATIÈRES.                 |
| Chimie biologique médicale et toxicologie.....                     | CRISTOL.                     |
| Physique médicale.....                                             | PECH.                        |
| Anatomie pathologique et médecine expérimentale..                  | BAUMEL.                      |
| Microbiologie .....                                                | CARRÈRE.                     |
| Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique...               | HARANT.                      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | PAGÈS.                       |
| Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses..              | JANBON.                      |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                      | BERT.                        |
| Hygiène .....                                                      | CARRIEU.                     |
| Médecine légale et médecine sociale.....                           | FOURCADE.                    |
| Technique opératoire et chirurgie expérimentale...                 | LAPEYRIE.                    |
| Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales....             | MOURGUE-MOLINES.             |
| Pathologie et clinique propédeutique médicales.....                | PUECH.                       |
| Clinique médicale .....                                            | GIRAUD, <i>doyen</i> .       |
| —                                                                  | BOULET.                      |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LAPEYRE.                     |
| —                                                                  | AIMES.                       |
| Clinique obstétricale.....                                         | CADERAS DE KERLEAL.          |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....                   | LAFON.                       |
| Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 <sup>er</sup> âge..... | CHAPTAL.                     |
| Clinique de dermato-syphiligraphie.....                            | P. RIMBAUD.                  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....                 | ETIENNE.                     |
| Clinique urologique.....                                           | TRUC.                        |
| Clinique gynécologique.....                                        | ROUX.                        |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | DEJEAN.                      |
| Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale...              | TERRACOL.                    |
| Clinique de la tuberculose .....                                   | VIDAL.                       |
| Electro-radiologie .....                                           | LAMARQUE.                    |

## Professorat à titre personnel

|                  |         |
|------------------|---------|
| Histologie ..... | GRANEL. |
|------------------|---------|

## Professeurs sans chaire

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| Pathologie médicale.....                         | BOUCOMONT. |
| Chimie et physico-chimie biologiques.....        | BÉNÉZECH.  |
| Hématologie médicale et anatomie pathologique... | CAZAL.     |

## Maîtres de conférences agrégés et agrégés en exercice

| MM.                                                  | MM.                                |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Anatomie ..... GUERRIER,                             | Chirurgie..... JOYEUX.             |
| <i>m. de c. agr.</i>                                 | — ..... NÈGRE.                     |
| Microbiologie..... RENOUX, <i>m. de c. agr.</i>      | — ..... ROMIEU.                    |
| Pathol. expérim..... PASSOUANT, <i>m. de c. agr.</i> | Electro-radiologie... BÉTOULIÈRES. |
| Médecine..... SERRE.                                 | Neuro-chirurgie..... GROS.         |
| — ..... BALMÈS.                                      | Obstétrique ..... DURAND.          |
| — ..... BERTRAND.                                    | Ophtalmologie ..... VIALLEFONT.    |
| — ..... LATOUR.                                      | Odonto-stomat..... N...            |
| — ..... N...                                         |                                    |

## Chargés de cours à titre permanent

|                  |                                           |
|------------------|-------------------------------------------|
| Obstétrique..... | COLL DE CARRERA,<br><i>agrégé libre</i> . |
|------------------|-------------------------------------------|

## Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

P. L.

A Monsieur le Professeur RIMBAUD,

Professeur de Clinique de Dermato-syphiligraphie

Il nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail et d'accepter la présidence de cette thèse, nous accueillant toujours avec la plus vive amabilité.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

P. L.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur JANBON,

Professeur de thérapeutique  
et de clinique des maladies infectieuses

Hommages respectueux.

Monsieur le Professeur CHAPTAL,

Professeur de clinique des maladies des enfants  
et d'hygiène du premier âge

Hommages respectueux.

Monsieur le Professeur agrégé SERRE

Hommages respectueux.

P. L.

A Monsieur le Docteur RAVOIRE,  
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur IZARN,  
Chef de Clinique

Ils furent pour nous des guides bienveillants.

A tous nos Maîtres  
des hôpitaux civils et militaires des Facultés  
de Lyon et de Montpellier.

A nos Supérieurs hiérarchiques

de l'Ecole du Service de Santé militaire  
de Lyon et de l'Ecole militaire d'Administration  
de Montpellier.

P. L.

## Introduction

---

Depuis quelques années, aussi bien dans les services de dermatologie que dans les services de médecine infantile, il a été possible d'observer des éruptions cutanées impétiginées, hémorragiques, graves, dont l'élément primitif s'est révélé être une pustule ombiliquée varioliforme.

Les caractères cliniques de l'éruption varioliforme de Kaposi sont bien connus ; chez un nourrisson eczémateux, élévation thermique brusque à 39-40° et apparition de lésions pustuleuses. Si le pronostic de la maladie était autrefois réservé et l'issue fatale trop fréquente, il semble bien que les méthodes thérapeutiques modernes, surtout par leur administration précoce, doivent rapidement acheminer vers la guérison la presque totalité des petits malades.

Mais un point très débattu de la question concerne l'origine de cette affection. Diverses hypothèses ont été émises. Chacune trouve ses défenseurs avançant des arguments et preuves scientifiques paraissant indiscutables, mais aucune des théories proposées ne saurait, semble-t-il, se montrer satisfaisante dans tous les cas.

Tour à tour, le virus vaccinal, le virus herpétique et le bacille diphtérique ont été envisagés. Récemment la question d'un autre virus pouvant déterminer l'apparition de l'éruption varioliforme de Kaposi a été posée par des auteurs étrangers, sans toutefois donner lieu à des réponses formelles.

Nous adopterons le plan suivant :

- 1<sup>o</sup>..... Observations.
- 2<sup>o</sup>..... Historique.
- 3<sup>o</sup>..... La pustulose varioliforme :
  - étude clinique ;
  - pronostic ;
  - recherches de laboratoires.
- 4<sup>o</sup>..... Etiologie.
- 5<sup>o</sup>..... Discussion.
- 6<sup>o</sup>..... Diagnostic — Traitement — Prophylaxie.
- 7<sup>o</sup>..... Conclusions.

Les observations qui suivent concernent trois enfants entrés dans le service de dermatologie de notre Maître, M. le professeur RIMBAUD, aux cliniques Saint-Charles, à Montpellier. Elles ont d'ailleurs fait l'objet, de la part de MM. RIMBAUD, RAVOIRE et IZARN, d'une publication qui nous a inspiré ce travail.

---

## Observations

---

### OBSERVATION I

R... Guy, trois mois, nourri au sein pendant deux mois, allaitement artificiel ensuite ; non vacciné, aucun contact connu avec un sujet récemment vacciné.

A son entrée dans le service de dermatologie, le 3 novembre 1953, il présentait un eczéma essentiel typique du visage, avec quelques éléments plus discrets qui se sont étendus secondairement sur les fesses et les membres inférieurs.

Le jour même de son hospitalisation, on note une ascension thermique brusque à 39°, la température s'élevant jusqu'à 40° les jours suivants.

Aucun signe fonctionnel. Les diagnostics d'infection grippale, de suppuration otique, de broncho-pneumonie ne se confirment pas. Par prudence sont prescrits 1.000.000 d'unités quotidiennes de pénicilline ainsi que quatre comprimés à 0,25 d'érythromycine. Fait surprenant, l'eczéma, loin de s'atténuer pendant cette période fébrile, ne subit aucune modification.

Le 11 novembre, au contraire, les lésions faciales augmentent brusquement et deviennent hémorragiques, mais surtout elles s'étendent vers le cou ; cette extension paraît résulter de l'ulcération de vastes vésicules (éléments séparés).

Un prélèvement nasal est fait : culture négative.

L'enfant est soumis au traitement streptomycine et adiazine. La fièvre décroît assez rapidement. A ce moment, sur l'épaule droite, apparaissent, en peau saine, six à sept vésiculo-pustules d'assez grande dimension qui provoquent des ulcérations hémorragiques et permettent d'envisager le diagnostic.

Le 16 novembre, l'enfant est apyrétique, les ulcérations sont cicatrisées, l'eczéma facial reprend son aspect habituel.

On arrête le traitement. Guérison donc.

Malgré l'importance des phénomènes fébriles, l'état général n'a jamais été inquiétant, la courbe pondérale s'est poursuivie normalement.

Enfin, toutes les recherches biologiques effectuées au cours de la maladie ont été négatives :

- hémoculture ;
- prélèvement des mucosités nasales ;
- prélèvement de la sérosité hémorragique ;
- prélèvement du contenu des pustules : examen direct, culture.

## OBSERVATION II

S... Eliane, deux mois et demi, nourrie au sein, non vaccinée.

Ce nourrisson, qui se trouvait dans un lit assez voisin du précédent, était hospitalisé depuis un mois pour un eczéma microbien à début fessier qui, par son extension progressive au tronc, avait réalisé un syndrome de Leiner Moussous.

Il fut traité par 10.000.000 d'unités de pénicilline, à raison de 1.000.000 d'unités par jour, et l'érythrodermie regressa. Un intertrigo inguino-ano-vulvaire demeurait en évolution.

Le 12 novembre 1953, ascension thermique à 40° s'accompagnant d'une recrudescence et d'une transformation des lésions locales ; on note un œdème considérable des grandes lèvres qui se recouvrent d'érosions multiples, avec par endroit un enduit diph-téroïde.

A la périphérie, en peau saine, sur les fesses et sur les cuisses, apparition de quelques vésiculo-pustules qui vont se multiplier dans les jours suivants.

Mise en cours du traitement streptomycine-adiazine, soit adiazine 1,5 g. et streptomycine 0,25 g. quoti-diennement.

La chute thermique est complète en une semaine. La cicatrisation des lésions est rapide. Aucune altération de l'état général ; l'allaitement s'est poursuivi normalement. On n'a pas noté de chute pondérale.

Les divers prélèvements effectués, aussi bien sur les muqueuses que sur les lésions purulentes, n'ont permis de retrouver aucun germe pathogène.

### OBSERVATION III

C... Jean, cinq mois.

Cet enfant, qui se trouvait également dans la même salle, était hospitalisé depuis une semaine pour des lésions assez bâtardes d'eczéma impétigineux du visage, lésions qui s'améliorèrent rapidement avec les soins locaux habituels (glycérolé d'amidon boriqué — pâte au sérum physiologique).

Le 15 novembre, élévation thermique à 39°. On constate en même temps une transformation purulente des reliquats de cet eczéma, mais surtout le développement rapide sur le front et les joues de très nombreuses vésico-pustules nettement ombiliquées. A la périphérie du placard d'eczéma il existe des pus-

Adolescentes parfaitement bien individualisées dont certaines siègent en peau saine.

On installe un traitement par streptomycine + adiazine :

|                        |          |
|------------------------|----------|
| streptomycine. . . . . | 0,25 gr. |
| adiazine. . . . .      | 1 gr.    |

Le traitement paraît un échec. La température se maintient en plateau à 40°, sans altération cependant de l'état général. L'éruption vésiculo-pustuleuse envahit progressivement les joues et les pommettes.

Pas de troubles digestifs.

Les lésions pustuleuses ont nettement un aspect vacciniiforme. Puis les éléments deviennent confluents, les exulcérations sont nettement hémorragiques.

L'auréomycine (0,25 gr. par jour) provoque une chute de la température et une cicatrisation progressive des lésions cutanées.

Peu de temps après la guérison survient.

Le prélèvement de mucus nasal et du liquide de bulle a révélé la présence d'un staphylocoque doré.

L'inoculation du pus à la cornée du lapin a été négative.

---

## Historique

---

L'éruption varioliforme de Kaposi survenant chez un malade atteint d'une dermatose a donné lieu à diverses appellations : « pustulose varioliforme aiguë », « éruption varicelliforme de Kaposi », « eczéma vaccinatum ».

De 1887 à 1893, à la suite de cas rapportés, KAPOSI décrit un type rare d'éruption apparaissant comme complication de l'eczéma infantile : sur des téguments œdématiés « de nombreuses vésicules de la grosseur d'une lentille » apparaissent, se développent isolément ou confluent, s'ombiliquent alors que la température du malade demeure élevée autour de 40°. A cette maladie, qui rappelle la varicelle et qu'il croit due à un champignon, il donne le nom d'éruption varicelliforme.

JULIUSBERG, en 1898, publie une observation assez voisine de la variole, mais respectant les muqueuses, ce qui lui permet de distinguer cette affection de la variole et de la vaccine. Il signale une ressemblance étroite existant entre la lésion élémentaire et les pustules vaccinales décrites par JENNER. Bien que mettant en cause un staphylocoque pyogène, son rapport original mentionne que ce cas est semblable à l'éruption varicelliforme de KAPOSI, qu'il est préférable d'appeler « pustulose varioliforme aiguë ».

Puis on pensa qu'il ne fallait voir dans cette dermatose qu'un exemple de superinfection d'un eczéma par des microbes pyogènes banaux.

Mais en 1934, FREUND oriente l'étiologie de la maladie vers le virus vaccinal : lors d'une biopsie pratiquée sur la cornée du lapin inoculée avec le contenu des pustules, il trouve dans des cellules épithéliales des corpuscules de Guarnieri.

A la suite de ces travaux, les publications vont apparaître plus nombreuses dans la littérature, aussi bien étrangère que française. Aussi nous bornons-nous à citer quelques noms d'auteurs qui ont paru marquer une date dans l'histoire de l'affection.

ELLIS, en 1935, rapporte deux observations. MAC LACHLAN et GILLEPSIE (1936) décrivent une épidémie survenue à Glasgow chez 16 petits enfants : 8 garçons et 8 filles.

En Suisse : SEIDENBERG (1941), Mlle Marguerite ESSER.

En France, signalons les cas de MILIAN et FERNET (1933), TOURAINE et ses collaborateurs (1942), HALLEZ (1944), JANBON, BERTRAND et IZARN (1949), LE COULANT et SOURREIL (1951-1953).

---

## La Pustulose varioliforme

---

### CLINIQUE

L'affection se rencontre électivement chez des nourrissons et jeunes enfants, « 37 cas sur 67 observations chez des nourrissons de moins de un an, 15 chez des sujets ayant plus de 18 ans » (M<sup>me</sup> BALTER).

Le malade de STREITMAN avait 62 ans.

Le plus souvent l'éruption varioliforme de Kaposi apparaît sur un eczéma antérieur, chronique, soumis à des poussées subaiguës, suintantes (37 cas sur 46, TOURAINE) ou sur des reliquats de dermatose.

Exceptionnellement :

- sur un impétigo de la face (FREUND) ;
- sur une plaie du pied (BENDRE) ;
- sur un intertrigo ano-vulvaire (observation II) ;  
ceci chez le nourrisson.
- sur un sycosis simple (STREITMAN) ;
- sur un pemphigus (WIEDMAN) ;  
chez l'adulte.

La face est le siège d'élection de la maladie, en particulier le front, les joues, les régions péri-orbitaires et temporales. Le cou également peut être atteint. (Observation I).

L'œil est rarement touché. Cependant, RUITER, VARLEY et KLETZ signalent des ulcérations de la cornée ; LEVERTON et WHITLOCK une conjonctivite sans vésicule dans les yeux. Mais on se trouve alors en présence d'une évolution grave, souvent mortelle.

Par extension progressive l'éruption gagne les secteurs voisins : cuir chevelu, cou, nuque, la poitrine tout entière. Les mains, cuisses, jambes sont souvent l'atteinte d'une localisation secondaire.

Les muqueuses sont habituellement respectées. Notons que FREUND mentionne des lésions linguales ; JULIUSBERG des lésions anales.

La nature contagieuse de la maladie ne fait aucun doute. Mais il semble que cette notion, pourtant très importante, n'a pas été suffisamment mise en relief par certains auteurs. Certes la littérature témoigne de cas isolés de pustulose varioliforme, mais nous savons également que l'éruption peut revêtir l'aspect d'une véritable épidémie.

MAC LACHLAN et GILLEPSIE rapportent celle survenue à Glasgow, en 1936, chez huit garçons et huit filles ; quatre malades qui avaient été en contact directement ou indirectement avec le premier enfant furent atteints huit jours après, les autres dix à dix-huit jours après seulement.

Après une période d'incubation estimée de trois à dix-neuf jours, huit à douze jours en moyenne, apparaissent les premiers symptômes cliniques : brusque élévation thermique à 39-40°, l'état général est soit bien conservé, soit atteint d'emblée.

En même temps se développe un œdème considérable, variable dans sa consistance et sa couleur, mais extensif, des régions qui vont être le siège de l'éruption.

Dans les heures qui suivent, à la périphérie des régions eczémateuses ou précédemment atteintes, mais toujours œdématisées, on note l'existence de la lésion primitive : une papule qui se transforme en vésicopustule remplie d'un liquide jaunâtre. De dimensions importantes, leur diamètre pouvant atteindre 1 à 2 centimètres, ces grosses pustules sont en tous points semblables à celles de la vaccine. Rapidement, une

dépression centrale se crée, avec ombilication, tandis qu'en bordure un liseré rouge inflammatoire forme une limite nette.

L'éruption prend très vite l'aspect confluent. Les bulles se rejoignent, s'ulcèrent, donnant naissance à de véritables placards dénudés et suintants, douloureux souvent et facilement hémorragiques ; des éléments isolés, à contours nets et bien caractérisés, peuvent toucher les régions saines.

Les lésions siègent de préférence sur les zones préalablement occupées par la dermatose, mais elles se portent également par extension secondaire sur les régions avoisinantes.

L'évolution se fait par poussées successives survenant à deux ou cinq jours d'intervalle. En quelques jours les lésions sèchent, les croûtes tombent, ne laissant que peu ou pas de cicatrices et sur le cuir chevelu une certaine alopécie (TOURAINÉ).

La réaction ganglionnaire des territoires intéressés est signalée comme quasi constante, un peu douloureuse.

Les tissus adjacents sont œdématisés, principalement sur le visage, dans la région péri-orbitaire.

Il n'y a pas de manifestation viscérale précise. MAC LACHLAN et GILLEPSIE notent des troubles intestinaux et « une marbrure généralisée des poumons » qui disparaît d'ailleurs complètement lors de la convalescence.

Les recherches effectuées, ainsi que les examens pratiqués chez les trois nourrissons hospitalisés dans le Service de dermatologie de M. le professeur RIMBAUD n'ont rien révélé d'anormal, aussi bien du côté pulmonaire que rénal ou intestinal.

L'examen hématologique montre seulement une leucocytose modérée avec polynucléose, réaction différente de la variole (HALLEZ, WENNER, PERRY et MARTINEAU).

Leucocytes par mm<sup>3</sup> de sang :

- 17.000 à 24.000 dans le cas de FRIES.
- 16.800 dans un cas décrit par M. le professeur JANBON.

## PRONOSTIC

Le pronostic de l'éruption varioliforme de Kaposi doit être réservé. En effet, la gravité de l'affection paraît bien variable. La guérison définitive, quand elle survient, demande sept à dix jours ; elle se trouve retardée à dix-sept jours chez un malade de TOURAINE et même quarante jours (SCHUBERT). Si les trois cas qu'il nous a été donné d'observer se sont tous trois terminés favorablement, certains auteurs signalent que la maladie évolue vers la mort dans un quart des cas (TOURAINE-MAC LACHLAN et GILLEPSIE : 4 morts sur 16 observations — 33 p. 100 selon MAC LACHLAN et ROSS).

Cette évolution fatale s'observe surtout dans les formes très étendues et confluentes, généralement du quatrième au dixième jour dans un tableau de toxémie profonde, collapsus cardiaque avec hyperthermie brutale, convulsions (KAPOSI), encéphalite, diphtérie secondaire (KISSMEYER et BUHL), broncho-pneumonie, pneumonie (TEDDER).

Il semble que plus l'enfant est jeune, plus les formes sévères sont à redouter (3 ans : 8 morts sur 30, soit 27 p. 100 ; 9 ans : 1 mort sur 14, soit 7 p. 100).

Cependant, l'emploi des thérapeutiques modernes en général, l'administration de l'auroéomycine notamment au stade initial de la maladie, doit donner les meilleurs résultats et faire diminuer le taux de mortalité.

## RECHERCHES DE LABORATOIRES

**Examen cyto-bactériologique.** — Les pustules dermo-épidermiques sont de type inflammatoire banal avec nécrose (STREITMAN). Au début le contenu des lésions est parfois stérile (FREUND), mais rapidement des microbes banaux envahissent les cultures. On a signalé la présence de :

- staphylocoque (observation III — staphylocoque pathogène) ;
- streptocoque ;
- streptocoque non hémolytique (MAC LACHLAN et GILLEPSIE, 14 cas sur 15) ;
- bacille diphtérique (à rechercher également dans les mucosités nasales et bucco-pharyngées) ;
- bacillus protéus ;
- bacille pyocyanique.

Le liquide des vésiculo-pustules n'a jamais révélé la présence de corpuscules de Guarneri ou de corps de Paschen-Borrel.

Cet examen n'a pas une importance capitale, car il ne saurait fournir de grands renseignements, mis à part les cas où le bacille de Loeffler est en cause.

**Inoculation du pus à la cornée du lapin** (test de Paul). Cette épreuve donne des résultats variables suivant les cas : 10 inoculations positives sur 14 (TOURAINÉ), inoculation négative dans notre observation III. La kératite vaccinale obtenue est inoculable en série, mais ne provoque pas d'encéphalite secondaire (TOURAINÉ).

La présence de corpuscules de Guarneri dans l'épithélium cornéal, constatée par FREUND et qui constitue un argument capital en faveur d'un diagnostic étiologique de la maladie par le virus vaccinal, n'a plus été signalée.

**Etude de la vaccination jennérienne.** — « L'éruption varioliforme de Kaposi se rencontre chez des sujets non vaccinés ou vaccinés depuis plus de huit ans, dont l'immunité vaccinale a été sans doute nulle ou passagère » (TOURAINE). Trois examens nouveaux ont été proposés pour la recherche des virus :

- *Microscope électronique.*
- *Inoculation à la membrane chorio-allantoïdienne d'embryon de poulet.*
- *Des réactions de neutralisation et d'immunité après guérison.*

Ces méthodes nouvelles d'investigation, la première directe, les deux autres indirectes, sont pratiquées à l'étranger. Mais elles n'ont pas encore fait l'objet d'application courante en France.

---

## Étiologie

---

Longtemps, l'existence d'un agent infectieux de l'éruption varioliforme de Kaposi est restée méconnue. Cet état était dû en grande partie au fait que le contenu des bulles ou vésico-pustules fournissait des renseignements contradictoires. On sait, en effet, que les microbes mis en évidence à partir des lésions cutanées varient d'un cas à l'autre.

La théorie vaccinale vient détrôner et reléguer au second plan le rôle attribué antérieurement aux cocci.

En même temps, des études expérimentales effectuées à l'étranger signalent et vérifient la présence du virus herpétique dans de nombreux cas d'éruption varioliforme, si bien que certains auteurs de langue anglaise préfèrent à cette dénomination le terme d'« **Eczéma Herpeticum** ».

L'Ecole de Bordeaux a eu le mérite d'insister sur le rôle joué par le bacille de Kloebs-Loeffler. Le bacille diphtérique avait été décelé et signalé dans les lésions cutanées bien avant LE COULANT et SOURREIL, mais on l'avait toujours considéré comme un microbe d'infection secondaire.

Dernièrement, des publications, aussi bien en langue anglaise qu'en langue allemande, laissent entrevoir la possibilité d'un virus autonome que nous pourrions nommer en quelque sorte troisième virus pouvant déterminer la maladie.

### **Microbes pyogènes.**

Certains auteurs, dont MAC LACHLAN et GILLEPSIE, s'appuyant sur l'étude de 16 cas survenus lors de l'épidémie de Glasgow, admettent qu'il s'agit d'une surinfection de l'eczéma par des microbes pyogènes banaux, en particulier le streptocoque non hémolytique. L'aspect de l'éruption est comparé à celui des autres streptococcies cutanées : impétigo, érysipèle (MAC LACHLAN et GILLEPSIE).

JULIUSBERG, BAAR, FRÜHWALD insistent sur la fréquence du staphylocoque pathogène isolé à partir des lésions. La culture du liquide de bulles montre en effet souvent ce microbe, mais il n'est pas le seul à avoir été signalé.

Pour FREUD, la maladie est due à un virus particulier ou correspond à une affection mixte causée par l'association virus-staphylocoque.

LACK émet l'hypothèse d'une synergie possible staphylo-vaccinale dans un cas paraissant relever du virus vaccinal.

### **Virus vaccinal.**

Par ailleurs, c'est FREUND (1934) qui, le premier, lors d'une biopsie pratiquée sur la cornée d'un lapin inoculé avec le contenu des pustules, trouva des corpuscules de Guarnieri et orienta la maladie vers la vaccine en établissant son origine virale.

Un an plus tard, ELLIS établit la notion de contact avec un sujet récemment vacciné. « Le virus est véhiculé à travers le corps par le courant sanguin, attaquant spécifiquement le tissu épidermique, sans cesse seront attaquées et réattaquées ces surfaces qui ont été traumatisées même uniquement par pression, tendant à être atteintes plus que tout autre endroit ».

GREENBERG, en 1947, à l'occasion d'une petite épidémie de variole à New-York, suivie de vaccinations, dresse une statistique portant sur 5.000.000 de vaccinés : « sur 45 accidents de vaccine généralisée, 38 avaient un eczéma préexistant ».

Au cours de la même année, DOWNIE et DUMBELL exposent une technique d'isolement et de culture du virus vaccinal sur la membrane chorio-allantoïdienne d'embryon de poulet. « La technique de l'inoculation des cas suspects de « smallpox » sur membrane chorio-allantoïdienne a une valeur considérable dans le diagnostic différentiel entre le virus variolique et les autres virus produisant des dermatoses voisines ». Macroscopiquement et microscopiquement les lésions produites permettent l'identification du virus.

TEDDER, RONCHÈSE, RUBINSTEIN, COLLETT, PERRY et MARTINEAU, GOOD, ANDERSON (3 cas sur 5) à l'étranger.

TOURAINÉ AMSLER LORTAT-JACOB et RISTELHUEBER (1942), M<sup>me</sup> BALTER (1943), HALLEZ (1944) en France font la preuve de l'origine du syndrome.

« Le test de Paul est la méthode de laboratoire la plus convenable : l'inoculation du liquide vésiculaire à la cornée du lapin détermine l'apparition d'une kératite avec ulcération et œdème. L'examen microscopique montre des inclusions acidophiles intracytoplasmiques et non des inclusions basophiles intranucléaires » (PERRY et MARTINEAU).

Ces petits corpuscules apparus dans les cellules épithéliales de la cornée du lapin sont les mêmes que ceux observés par DOWNIE et DUMBELL après culture du virus sur membrane chorio-allantoïdienne.

Par des réactions de fixation du complément et de floculation, ANDERSON met en évidence le virus vaccinal, alors que RUCHMAN signale la présence d'anti-corps vaccinaux dans le sérum sanguin lors de la convalescence.

De plus, les tentatives de vaccination jennérienne ultérieures sont ou bien négatives ou du type immunité (petite papule dans les vingt-quatre heures, M. le professeur JANBON) ; une intra-dermo-réaction au vaccin à 1/200<sup>me</sup> est positive lors de la convalescence (HALLEZ, TOURAINE).

Si bien que pour de nombreux auteurs étrangers et quelques auteurs français l'interprétation de la pustulose varioliforme aiguë est la suivante : un contact fortuit avec un porteur de virus vaccinal entraîne l'infestation de l'épiderme du sujet, les lésions d'eczéma et le grattage favorisant la pénétration et la diffusion du virus sur les téguments. Ce serait ainsi une vaccine accidentelle.

Il est indiscutable que le test de Paul et l'étude de la vaccination permettent souvent d'incriminer le virus vaccinal. Cependant, tout en admettant la fréquence des cas où l'affection ne paraît qu'une variété de vaccine accidentelle, doit-on considérer comme synonymes les termes d'« eczéma vaccinalum » et de pustulose varioliforme de Kaposi ? Les manifestations cliniques observées ne peuvent-elles relever d'étiologies diverses ?

### **Virus herpétique.**

Nombreux sont les auteurs anglo-saxons faisant une large place au virus de l'herpès. BURNET publie une étude sur les anticorps herpétiques fréquemment trouvés dans le sérum humain et indique leur méthode de titrage.

Les travaux de SEIDENBERG, en 1941, mettront de nouveaux faits en lumière : inoculant le contenu des lésions cutanées aux cornées de cinq lapins, il provoque chez tous les animaux l'apparition d'une kérato-conjonctivite grave. Le liquide des pustules

était stérile. Les cornées guéries, l'inoculation du contenu de lésions herpétiiformes provenant d'un herpès labial est alors pratiquée.

Les cornées restent saines, alors que le même produit injecté à d'autres lapins non préparés fait apparaître une kérato-conjonctivite importante.

Il y a eu immunité non pas vis-à-vis du virus vaccinal, mais bien du virus herpétique ; aussi c'est ce dernier, conclut SEIDENBERG, qui est à l'origine de l'affection.

Par la suite, WENNER (1944) met le virus en évidence à partir des lésions cutanées de trois cas, ainsi que du cerveau d'un de ces malades décédé d'encéphalite.

BARTON et BRUNSTING, LYNCH, BLATTNER, HEYSS et HARRISSON, BARKER et HALLINGER retrouvent le même agent causal.

Le liquide de bulles ne fournit à l'examen direct que des renseignements de second ordre (microbe surinfectant). Il ne saurait en tout cas révéler des inclusions. Mais l'inoculation à la cornée du lapin détermine une kératite ulcéreuse (dendritique). Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection on voit apparaître à l'intérieur des cellules épithéliales de la cornée des corpuscules basophiles intra-nucléaires, inclusions caractéristiques de l'herpès pouvant être retrouvées plus tard dans le cerveau des mêmes animaux.

C'est au bactériologiste LENDRUM que l'on doit la technique de coloration de ces particules, peut-être véritables corps élémentaires signalés également par DOWNIE et DUMBELL.

Les membranes chorio-allantoïdiennes d'embryon de poulet âgé de douze jours, inoculées du liquide vésiculaire ont des lésions analogues à celles du virus d'herpès simplex après quarante-huit heures d'inoculation ; l'agent infectieux, identifié par test de

neutralisation, par test de fixation directe du complément utilisant les membranes comme antigènes et un sérum herpétique positif, est le virus herpès simplex. On retrouve des anticorps fixant le complément dans le sérum du malade vers le troisième jour de la maladie » (BOAKE, DUDGEON et BURNET).

Le titrage des anticorps herpétiques du sérum humain peut être réalisé sur membrane chorio-allantoïdienne (BURNET et Miss LUSH). Avant ces auteurs, ZINSSER et TANG (1929) inoculaient des mixtures sérum-virus dans le crâne du lapin ; ANDREWES et CARMICHAEL (1930) avaient recours à l'inoculation intra-dermique au lapin.

D'après les résultats d'une enquête sérologique menée par BURNET auprès d'une population aussi bien ouvrière qu'intellectuelle (le sérum des étudiants ou des personnes à professions libérales renferme cependant moins communément d'anticorps), l'herpès paraît fort diffusé en pays anglo-saxon. Aussi ne nous étonnons pas si LYNCH et STEVES, concluant à la nature herpétique de l'éruption varioliforme de Kaposi, proposent pour désigner l'affection le terme « d'eczéma herpeticum ».

Les deux étiologies vaccinales et herpétiques toutes deux démontrées ont été reconnues par la majorité des auteurs ; BRAIN, DUDGEON, PHILPOTT, BOAKE, BURNET, ANDERSON, SLONIM et récemment DUPERRAT, dans un article de la *Semaine des Hôpitaux de Paris*, pensent que la pustulose varioliforme aiguë ou éruption varicelliforme, varioliforme de Kaposi, est un même syndrome dû à des étiologies diverses.

### **Bacille diphtérique.**

En 1951, LE COULANT et SOURREIL rapprochent les caractères morphologiques et les phénomènes cliniques observés à ceux de la diphtérie cutanée ; les.

deux affections sont comparées : le bacille de Loeffler est fréquemment signalé dans le liquide des pustules, mais aussi dans les sécrétions nasales ou buccopharyngées, même si l'aspect des muqueuses paraît sain ; plusieurs prélèvements sont parfois nécessaires. Les lésions de début, l'œdème, les croûtes hémorragiques très adhérentes pouvant entraîner des érosions profondes, la toxémie si voisine de la toxi-infection diphtérique, sans oublier les résultats spectaculaires obtenus par la mise en œuvre dès le début de la sérothérapie, tout cet ensemble de faits leur permet de conclure :

« Il existe une diphtérie cutanée caractérisée par l'apparition en peau saine ou déjà atteinte d'un eczéma, de vésico-pustules ombiliquées varicelliformes, dans lesquelles on retrouve le bacille de Loeffler. Cette variété de diphtérie a de grandes chances d'être une forme étiologique de pustulose varicelliforme aiguë de Kaposi-Juliusberg. Ce qui ne signifie pas que toutes les pustuloses de Kaposi-Juliusberg soient obligatoirement des diphtéries cutanées. »

Gérard MATHIEU, dans sa thèse (1951), fait le même rapprochement, montrant que certaines observations publiées dans la littérature relèvent vraisemblablement du même processus. Au bacille diphtérique isolé à partir de lésions cutanées on n'avait attribué qu'un rôle secondaire de microbe surinfectant.

### **Virus autonome.**

Au cours de ces dernières années, bien que de nombreux auteurs aient soulevé l'hypothèse d'un autre agent infectieux, probablement un virus, nul n'a réussi à le mettre en évidence (BRAIN, DUDGEON, PHILPOTT, ANDERSON).

LEVERTON et WHITLOCK citent un cas d'éruption varicelliforme typique chez un nourrisson eczémateux de neuf mois, avec conjonctivite, mais sans vésicules dans les yeux. Trois semaines auparavant toute la famille de l'enfant avait eu une infection des voies respiratoires avec conjonctivite. Ils émettent la possibilité d'un virus grippal.

ESTÈVES, PINTO et BRANDAO rangent la maladie parmi les viroses, grâce à deux cas typiques. Dans l'un, aucun virus ne peut être mis en évidence, dans l'autre le virus de la vaccine. Après rétablissement on ne constate aucune immunité contre la variole chez le premier malade, alors que le second en possède une.

Mais les faits les plus remarquables en faveur d'une étiologie virale, autre que vaccine et herpès, sont à porter à l'actif d'un microbiologiste viennois, KAISER :

« Dans quelques cas, dit-il, le virus de la vaccine peut être mis en évidence, dans d'autres le virus de l'herpès. Les examens microscopiques pratiqués au sujet d'un patient de KUMER montrèrent un caractère bien différent, la kératite développée après vaccination bi-cornéale d'un lapin ne ressemble pas du tout aux kératites vaccinales, mais plutôt aux kératites dendritiques (herpétiques). Dans le frottis des sécrétions oculaires, on voit un grand nombre de corpuscules, analogues aux corpuscules élémentaires, mais aussi de nombreux éléments inconnus dans les yeux du lapin vacciné et rappelant les « *Micromycètes de Gerlach* » ; mêmes résultats en ce qui concerne le contenu des pustules. Ces dernières ne montrent pas de réaction allergique sur la peau de l'auteur, qui est hypersensible au virus de la vaccine. Pas de corpuscules de Guarnieri. Les vaisseaux lymphatiques sous-épithéliaux de la cornée sont bourrés de micro-organismes, rappelant les virus, prenant une coloration bleue au Giemsa ».

Pour KAISER, à côté des virus herpétique et vaccinal, un troisième virus encore inconnu est capable de donner le tableau clinique de la pustulose varicelleuse.

N'oublions pas que MAC LACHLAN et GILLEPSIE, lors de l'épidémie de Glasgow, mentionnent dans leur publication que des infirmières souffraient de maux de gorge et présentaient des « marbrures » aux poumons.

---



## Discussion

---

Ainsi que nous venons de l'exposer, quatre théories cherchent donc à expliquer la nature exacte de l'affection, les étiologies vaccinales, herpétiques, qui ont reçu le plus de preuves convaincantes et même l'étiologie diphtérique peuvent être différentes et exactes pour les cas observés. Mais sont-elles capables d'expliquer tous les cas de pustulose ?

Les manifestations cliniques présentées par les trois petits malades du Service de Dermatologie, tant par leurs caractères morphologiques que par leurs caractères évolutifs, ne paraissent confirmer aucune des hypothèses proposées : vaccine et diphtérie n'ont pas cet aspect d'infection brutale avec une telle élévation thermique d'emblée. L'herpès peut débiter dans un tel tableau fébrile ; par contre, il ne présente jamais le phénomène d'extrême contagiosité de l'affection qui a valu à trois nourrissons d'une même salle d'être atteints successivement.

De nombreux auteurs, avec juste raison semble-t-il, ont formulé une objection aux partisans du virus herpétique : l'absence de récurrence de l'éruption varicelleuse de Kaposi opposée à la fréquence des répétitions des cas d'herpès récidivant. Si, au cours de l'évolution de la maladie, des poussées successives ont été signalées, la littérature ne contient pas d'exemple de pustulose à récurrences vraies.

En ce qui concerne la possibilité d'une origine vaccinale, nous avons signalé que les trois nourrissons n'avaient pas été vaccinés. Le premier n'avait eu

aucun contact connu avec un sujet récemment vacciné. On nous rétorquera que c'est une notion très difficile à établir, en tout cas impossible à éliminer.

Mais reportons-nous à notre observation I. Lorsque les premiers éléments vésico-pustuleux apparurent sur le petit R... Guy, un traitement pénicilliné à raison d'un million d'unités par jour était installé depuis une semaine, et cependant la maladie survint. Que faut-il penser de ces faits surprenants, si l'on considère que bon nombre d'auteurs, ne reconnaissant droit de cité qu'à la théorie vaccinale, attribuent leurs guérisons à la pénicillinothérapie ? Le « germe » était-il pénicillino-résistant ou bien tout simplement différent chez le petit Guy ?

L'inoculation de pus à la cornée du lapin n'a été pratiquée que pour le cas de C... Jean (observation III). N'étions-nous pas en droit d'attendre un résultat positif si nous nous étions trouvés en présence du virus vaccinal, aussi bien qu'herpétique d'ailleurs ? Cependant cette épreuve est assez souvent citée comme ayant un résultat nul.

Dans sa thèse (1943), M<sup>me</sup> BALTER rapporte que, sur 15 cas où elle fut réalisée, elle s'est avérée 7 fois négative, dans :

4 cas de Frühwald ;

1 cas de Streitman ;

2 cas de Lisi.

Le caractère des lésions cutanées présentées par la jeune S... Liliane (observation II), œdème considérable recouvert d'érosions multiples, avec par endroit un enduit diphtéroïde, évoquait la diphtérie cutanée. L'évolution hémorragique des vésico-pustules également. Mais la toxi-infection diphtérique caractéristique avec atteinte des appareils rénaux, cardiaque, hépatique, nerveux manquait. Tous les exa-

mens pratiqués, tant dans le Service de Dermatologie que dans les Services spécialisés, ont révélé l'intégrité des différents systèmes.

La recherche du bacille de Loeffler, effectuée chez les petits malades à plusieurs reprises, aussi bien dans les mucosités nasales que dans le contenu des pustules ou de la sérosité hémorragique, a toujours été négative.

Dans deux cas, le pus prélevé à partir des lésions a été amicrobien (examens directs, cultures). Une seule fois (observation III) on a trouvé la présence d'un staphylocoque doré.

Les trois exemples d'éruption varioliforme de Kaposi ne paraissant relever ni du virus vaccinal, ni du virus herpétique, ni du bacille diphtérique, nous pensons avec notre Maître, M. le professeur RIMBAUD, que l'hypothèse d'une origine virale doit être envisagée.

Les trois enfants avaient une dermatose préexistante. Le premier était porteur d'un eczéma essentiel, le second présentait un syndrome de Leiner-Moussous en voie de guérison ; quant au troisième, il ne lui restait sur le visage que des séquelles d'un eczéma microbien.

Nous savons que le petit R... Guy (observation I) a vu son affection apparaître sous traitement pénicilliné. Or, dans notre observation III, l'association streptomycine-adiazine, qui avait donné d'excellents résultats dans les deux premiers cas, paraît être un échec : l'élévation thermique persiste, les lésions continuent à évoluer, aussi l'auréomycine est-elle instituée. La guérison survient peu de jours après.

Résistant à la pénicilline, à la streptomycine, aux sulfamides, mais sensible à l'auréomycine, il est logique de penser que l'agent causal est un virus.

Ainsi s'expliquerait également le fait que les recherches biologiques effectuées au cours de la maladie se soient montrées si décevantes.

Le début clinique à allure parfois pseudo-grippale, la contagiosité de l'affection, la similitude des trois cas observés, l'hyperleucocytose fréquemment signalée, l'action souvent nulle des thérapeutiques anti-infectieuses habituelles plaident en faveur d'une maladie autonome d'origine virale.

---

## Diagnostic - Traitement - Prophylaxie

---

### DIAGNOSTIC

La pustulose varioliforme de Kaposi ressemble-t-elle à d'autres affections ? Quel diagnostic faut-il discuter ?

*La varicelle*, bénigne normalement, ne peut être confondue. L'éruption caractéristique présente des éléments d'âges différents. Elle n'est pas si confluyente, l'absence de signes généraux, de toxémie permettent habituellement une différenciation aisée.

*La vaccine* : on a alors la notion de vaccination dans l'entourage, les phénomènes généraux sont moins intenses. Pas de toxémie.

*La variole* présente au début des prodromes : céphalées, malaise général. Les muqueuses sont atteintes dans la variole. De plus, l'élévation thermique ne persiste pas après l'éruption de la variole.

## TRAITEMENT

Avant l'ère des antibiotiques, le traitement local seul était appliqué : pansements humides, antiseptiques habituels.

De nos jours, les soins locaux sont relégués au second plan, alors que les médications générales sont unanimement préconisées par les thérapeutes.

Bien que certains auteurs (FRIES, BORNE et BARNES) attribuent la totalité de leurs guérisons à la pénicillinothérapie, nous pensons que ce médicament n'est qu'un simple adjuvant, précieux certes, dans la lutte contre l'infection secondaire. Notre première observation relate l'apparition de l'affection alors que le petit patient se trouvait sous traitement pénicilliné.

BARKER et HALLINGER rapportent deux cas imputables au virus d'herpès simplex. Le premier cas, avec une neuro-dermatose pré-existante, était traité par pénicilline et injections de venin de serpent (MOCCASIN) (méthode utilisée outre-Atlantique dans la lutte contre l'herpès). « La pénicilline n'eut aucune influence sur le cours de la maladie, tandis que les injections de venin amenèrent une chute de la température. Dans le deuxième cas, moins sévère, venin de serpent et Benadryl (trois fois 50 mgr. au cours de la journée) furent associés ». Les symptômes disparurent moins de douze heures après l'instauration de cette thérapeutique curieuse et qui d'ailleurs n'a pas été reprise.

L'Ecole de Bordeaux, avec LE COULANT et SOURREIL, MATHIEU dans sa thèse, insistent sur la mise en œuvre dès le début de la sérothérapie anti-diptérique.

Nos deux premières observations signalent l'utilisation de la streptomycine et de l'adiazine : chute thermique et guérison surviennent cinq à six jours après le début du traitement. Mais, comme le montre notre dernier cas, les résultats les plus probants paraissent dus à l'auréomycine.

L'association streptomycine-adiazine paraissant un échec, l'auréomycine est donnée « *per os* » à raison de 0,25 gr. par jour. Bien que cette dose soit plus faible que celles ayant habituellement cours à l'étranger (remarquons que la dose varie cependant en fonction du poids et de l'âge du sujet), la fièvre diminue dans les vingt-quatre premières heures ; le deuxième jour l'apyrexie est totale, la cicatrisation des lésions cutanées en cours.

BERESTON et CARLINER, BOOKMANN, MAC CONACHIE, ANDERSON, ESPLIN et LANDUCCI récemment, rapportent tous des résultats spectaculaires obtenus avec cet antibiotique.

« Toutes les six heures on donne 250 mgr. *per os* ; vingt-quatre heures après les vésicules diminuent et sont asséchées ; quarante-huit heures après, chute rapide de la température ». Ceci pour un nourrisson de six mois. (PERRY et MARTINEAU).

LANDUCCI associe à l'auréomycine les vitamines B et K.

## PROPHYLAXIE

De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur les dangers que pouvait présenter la vaccination jennérienne pratiquée sur des nourrissons eczémateux ou dans leur entourage seulement.

On doit insister également sur l'isolement des petits malades, quel que soit le germe mis en cause. La nature contagieuse de la pustulose varioliforme de Kaposi est à redouter sur des sujets rendus plus fragiles du fait même de leur dermatose préexistante.



## Conclusions

---

Nous avons présenté trois cas successifs, en tous points semblables, d'éruption varioliforme de Kaposi observés dans le Service de la Clinique dermatologique de M. le professeur RIMBAUD. Si de telles observations ont également été décrites sous le vocable de pustulose varioliforme aiguë ou éruption varicelliforme, en fait il s'agit probablement d'un même syndrome dû au virus vaccinal, au virus herpétique, au bacille diphtérique ou à un autre virus autonome.

L'affection atteint électivement les nourrissons et les jeunes enfants porteurs d'eczéma essentiel ou de séquelles de dermatoses infectieuses qui, pour la plupart d'entre eux, n'ont pas été vaccinés.

Du point de vue clinique, après une incubation de huit à douze jours en moyenne, une brusque élévation thermique à 39-40° précède de quelques heures seulement une éruption vésiculo-pustuleuse d'apparence et d'évolution variolique ; muqueuses respectées, adénopathies régionales, leucocytose importante avec polynucléose ont été également signalées.

Bien que les formes bénignes soient les plus fréquentes, la maladie peut revêtir d'emblée une gravité redoutable, avec état toxémique. Les statistiques de certains auteurs révèlent parfois une mortalité s'évaluant autour de 25 % des cas observés.

De tels chiffres doivent probablement être améliorés, grâce à l'auréomycine, dans la mesure où l'administration de cet antibiotique de choix aura été précoce.

Nous ne saurions trop insister sur une notion insuffisamment mise en relief : l'extrême contagiosité de l'éruption varioliforme de Kaposi, pouvant lui conférer l'allure d'une véritable épidémie. Vaccine et herpès ne présentent de tels caractères, la diphtérie a été éliminée.

C'est pourquoi, à côté des étiologies classiquement admises, l'existence d'un virus autonome capable de reproduire une scène clinique identique doit être envisagée. Les examens toujours plus perfectionnés que l'on pratique à l'heure actuelle dans les laboratoires constituent les tests les plus probants.

La recherche du virus au microscope électronique, l'isolement sur membrane chorio-allantoïdienne d'embryon de poulet et les réactions de neutralisation ou d'immunité viendront sans doute jeter quelque lumière sur une opinion déjà émise à plusieurs reprises à l'étranger.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ABALLI (A.J.) et MARTINEZ CRUZ. — *Rev. cub. de Pédiat.*, La Havane, 1948, t. 20, n° 4, 197-211.
- ANDERSON (T.). — *Brit. J. Derm.*, 1949, 61, 157.
- BALTER (E.) M<sup>me</sup>. — *Thèse*, Paris, 1943, n° 275.
- BARKER (L.) et HALLINGER (E.). — *J. A. M. A.*, 1947, 135, p. 149.
- BEDAUX-RAOUL (F.) M<sup>me</sup>. — *Thèse*, Paris, 1953, n° 397.
- BLANK (W. H.). — *J. Med. Ass. Ala.*, 1951, t. 20, n° 8, 289-290.
- BLATTNER (R.), HEYS (F.), HARRISSON (M.). — *J. Pédiat.*, 1945, 27, p. 205.
- BOOKMAN (R.). — *J. of. Allergy*, 1950, 21, 68-72.
- BORRIE (P. F.). — *Lancet*, 1950, 1, 1038.
- BRAIN (R. T.), DUDGEON (J. A.), PHILPOTT (M. G.). — *Brit. J. Derm.*, 1950, 62, 203-212.
- BUERK (M. S.) et BLANK (H.). — *New England J. Med.*, 1951, t. 244, n° 18, 670-672.
- BURNET et LUSH. — *Lancet*, 1939, I, 629.
- COLLETT (R.) et KENNEDY (R.). — *J. Pédiat.*, 1949, 34, 284.
- COUDERT (J.) et DEVIC (M.). — *Ann. Dermatol. et Syph.*, juin 1947, n° 6, 222.
- DOWNIE et DUMBELL (K.). — *J. Path. Bact.*, 1947, 59, 189.
- DUPERRAT (B.). — *Semaine des Hôp. de Paris*, 14 octobre 1952, n° 76, 3073-3076.
- ELLIS (F. A.). — *J. A. M. A.*, 1935, 104, 1891.
- ELLIS (F. A.). — *Brit. J. of. Derm.*, 1936, 48, 524.
- ESPLIN (B. M.). — *Ann. intern. Méd.*, 1951, t. 35, n° 6, 1346-1350.
- ESTEVEZ (J.), PINTO (M. R.) et NORTON BRANDAO (F.). — *Portug. Med.*, 1951, 35, n° 7, 377-387.
- FINDLAY (G.) et MAC CALLUM (F.). — *Lancet*, 1940, I, n° 2, 59.
- FREUD (P.). — *Kinderheilk.*, 1931, 51, 28.
- FREUND (H.). — *Derm. Wschr.*, 1934, 98, 52.
- FRIES (J.), BORNE (S.), BARNES (H.). — *J. Pédiat.*, 1948, 32, 532.
- FRUCHWALD (R.). — *Derm. Wschr.*, 1934, 99, 922.
- GATÉ (J.), MICHEL (P. J.) et BOYER. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, janvier 1932, 39, 46.
- GATÉ (J.), PELLERAT (J.) et CHAVANIS. — *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1950, 57, 362.

- GILGE (Q.) (Oslo). — *Tidsskr. norske. Lægeforen*, 1951, 71, n° 19, 611-613.
- GOOD (R.L.) et MAC LACHLAN. — *Lancet*, 1950, I, 1039.
- GRAY (F.). — *John Hopkins Hosp. Bull.*, 1948, 82, 538.
- GREENBERG (M.). — *Amér. Journal Disease of Child.*, 1948, 76, 492.
- GRIST. — *Glasgow Med. J.*, 1953, 34, n° 1, 1-9.
- HAIDVOGL. — *Med. Klinik.*, 1952, 47, n° 11, 343-344.
- HALLEZ (C.L.). — *Le Nourrisson*, juillet-août 1944, n° 4, 80-83. — *Gazette méd. Fr.*, mars 1945, tome 52, n° 5, 83-84.
- HERSNEY (S.) et SMITH (W.). — *Amér. J. Dis. Child.*, 1948, 76, 492.
- HYMAN (Ch.). — *Ann. Allergy*, 1950, 8, n° 6, 774-776.
- JANBON (M.), BERTRAND (L.) et IZARN (P.). — *Arch. fr. de Pédi.*, 1949, tome 6, 636-638.
- JULIUSBERG (1898). — Cité par Mme Balter (1943), Mathieu (1951).
- KAISER (M.). — *Vien. Med. Wschr.*, 1951, 101, n° 49, 935-936.
- KAPOSI (M.) (1897). — Cité par Ellis (1935), Duperrat (1952).
- KING (A.C.). — *Arch. of Derm. et Syph.*, 1939, 39, 1035.
- KIPPING (R.) et DOWNIE (A.). — *Brit. Med. J.*, 1948, I, 247.
- KISSMEYER (A.) et BUHL (J.). — *Rev. fr. de Derm. et Vén.*, mars 1935, p. 133-137.
- KRIEGK (H.J.). — *Dermat. Wschr.*, 1950, 121, n° 20, 461-468.
- KUMER (L.). — *Vien. Med. Wschr.*, 1951, 101, n° 49, 932-935.
- LANDUCCI (L.). — *Clin. Pédiatr.*, 1951, 63, n° 8, 474-483.
- LE COULANT (P.) et SOURREIL (P.). — *Ann. de Dermat.*, n° 3, mai 1951, 300.
- LE COULANT (P.) et SOURREIL (P.). — *Ann. de Dermat.*, 79, n° 1, janvier 1952, 48-53.
- LE COULANT (P.), SOURREIL (P.) et SARRAT (L.). — *Bull. Soc. fr. de Derm.*, 28 nov. 1953, p. 185.
- LEIDER (M.). — *Arch. Dermat. et Syph.*, Chicago, 1951, 63, n° 4, 456-460.
- LENDRUM (A.C.). — *J. path. Bact.*, 1947, 59, 399.
- LEVADITI (C.), BONET-MAURY. — *Presse médicale*, 24 février 1942, n° 17, 203.
- LEVERTON (J.S.) et WITLOCK (F.A.). — *Brit. J. Derm.*, 1949, 61, 170.
- LYNCH (F.W.), STEVES (R.J.). — *Arch. of Derm. et Syph.*, 1947, 55, 327.
- LYNCH (F.W.), EVANS (C.A.), BOLIN (V.S.) et STEVES (R.J.). — *Arch. of Derm. et Syph.*, 1945, 51, 129.
- MAC CALLUM (D.I.). — *Brit. Med.*, 1952, 4757, 520-523.
- MAC CONACHIE (J.A.), ANDERSON (T.E.). — *Brit. J. of Derm.*, 1951, 63, 307.
- MAC LACHLAN. — *Brit. J. Dermat.*, 1934, 46, 8.
- MAC LACHLAN et GILLEPSIE. — *Brit. J. Derm.*, 1936, 48, 337.
- MATHIEU (G.). — *Thèse, Bordeaux*, 1951, n° 89.

- MEZZADRA (G.) et LEONI. — *Minerva Derm.*, Torino, 1952, 27, n° 2, 9-14.
- PERRY (F.G.) et MARTINEAU (P.C.). — *J. A. M. A.*, 1949, 141, 657.
- PETGES et ROCAZ. — *Paris médical*, 5 mars 1921, 190-195.
- RIMBAUD (P.), RAVOIRE (J.) et IZARN (P.). — *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, séance du 8 avril 1954, p. 147.
- RONCHÈSE (F.). — *Arch. of Derm. et Syph.*, mai 1943, 47, 613.
- RUBINSTEIN (A.D.). — *New England, J. Med.*, 1947, 237, 395.
- RUCHMAN (I.) et DODD (K.). — *J. of Pédiat.*, 1948, b 33, 544.
- RUITER (M.), NELEMANS (T.). — *Acta Derm. Vénéréol.*, 1949, 29, 460.
- SEIDENBERG (S.) (1941). — Cité par Mathieu (1951), Duperrat (1952), par Barker et Hallinger (1947).
- SLONIM (M.H.). — *Med. J. Austr.*, 1952, I, n° 13, 434-435.
- STARCK (V.). — *Acta Derm. Vénéréol.*, Stockolm, 1951, 31, n° 3, 310-312.
- TOURAINÉ (A.). — *Revue méd. Fr.*, n° 10, octobre 1942, 224.
- TOURAINÉ (A.), AMSLER (J.), LORTAT-JACOB (E.) et RISTELHUEBER. — *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Vénéréologie*, t. 2, 16 avril 1952, 150.
- VARLEY (H.) et KLETZ (T.). — *Brit. J. Derm.*, 1949, 61, 166.
- WENNER (H.). — *Am. J. Dis. Child.*, 1944, 67, 247.
-



## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

En ma qualité de Censeur de tour,  
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

**Éruption varioliforme de Kaposi**

Je pense que la Faculté peut en  
permettre l'impression.

Montpellier, le 26 octobre 1953

*Le Professeur,*

P. RIMBAUD.

**Vu :**

Montpellier, le 27 octobre 1954

*Le Doyen,*

GIRAUD.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER :**

Montpellier, le 29 octobre 1954

*Le Recteur*

DOUCET.

---

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises  
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme  
propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni  
improbation.







